

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 201

Sur quelques Cas d'Abscesses chroniques de la Métaphyse tibiale inférieure

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 25 Mars 1924

PAR

Dimitrié POPOVITCH

né à NISCH (Serbie) le 28 Août 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

SUR QUELQUES CAS D'ABCÈS CHRONIQUES
DE LA MÉTAPHYSE TIBIALE INFÉRIEURE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 201

Sur quelques Cas d'Abscess chroniques

de la

Métaphyse tibiale inférieure

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 25 Mars 1924

PAR

Dimitrié POPOVITCH

né à NISCH (Serbie) le 28 Août 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales..... MM. BARD.
Cliniques chirurgicales..... ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophtalmologique..... BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique..... ROLLET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires..... VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... ROCHET.
Chimie biologique et médicale..... NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie BRETIN.
Histologie GUIART.
Physiologie LATARJET.
Pathologie interne..... POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales..... DOYON.
Anatomie pathologique..... COLLET.
Chirurgie opératoire..... MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... PAVIOT.
Médecine légale..... X.
Hygiène ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie..... Etienne MARTIN.
Pharmacologie COURMONT (P.).
PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..... CONDAMIN.
— — Chimie minérale..... BARRAL.
— — Urologie GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique..... MM. PATEL.
Orthopédie LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance..... CHATIN.
Chirurgie expérimentale..... LERICHE.
Stomatologie TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, président ; PATEL, assesseur ;
COTTE et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Pour l'immensité de leur amour et la
grandeur de leur dévouement.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

*Professeur de la Clinique de Chirurgie infantile
et d'Orthopédie à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MES JUGES

Avant-Propos.

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de pouvoir remercier publiquement les Maîtres qui nous ont initié à la pratique médicale et qui ont bien voulu nous prodiguer les richesses de leur enseignement. Nous les prions d'accueillir l'hommage de ce travail modeste et d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

C'est M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance pour les conseils précieux qu'il n'a cessé de nous donner pendant que nous étions dans son service. Il a été pour nous un maître excellent, et, en maintes circonstances, il a donné, à nous et à nos camarades, des marques de grand intérêt. Nous sommes heureux de lui renouveler ici nos sentiments de profond et respectueux attachement.

Aussi, nous saisissons l'occasion d'adresser nos sincères remerciements à M. le Professeur TIXIER, dont l'enseignement, aussi bien au lit du malade qu'à l'amphithéâtre, et son amabilité à notre égard, constituent un des meilleurs souvenirs de notre vie hospitalière.

Nous prions M. le Docteur André RENDU, chef de la Clinique de notre Maître, qui n'a jamais rien négligé pour nous être utile au cours de notre travail, de croire à notre profonde reconnaissance.

En terminant, nous voulons adresser un souvenir affectueux aux amis, français et serbes, avec lesquels nous avons partagé le meilleur de notre vie d'étudiant, dans ses joies et dans ses épreuves.

SUR QUELQUES CAS D'ABCÈS CHRONIQUE DE LA MÉTAPHYSE TIBIALE INFÉRIEURE

CHAPITRE PREMIER

Abcès chronique des Os.

L'étude clinique des abcès des os a été très bien faite, depuis longtemps, notamment dans la thèse de Golay, de Paris, 1879.

Ils siègent ordinairement dans la région juxta-épiphysaire, et on les trouve avec prédilection au niveau du tibia, dans la proportion de 91/113 de cas (Golay). C'est une cavité de volume d'une amande ou d'une grosse noisette, renfermant du pus ou une sérosité plus ou moins claire, parfois même albumineuse ; quelquefois, on ne trouve pas du liquide, mais un tissu fibreux, peu résistant, blanchâtre. La paroi est tapissée par une membrane assez épaisse, lisse et un peu bourgeonnante.

On trouve quelquefois dans le liquide des parcelles osseuses ou même des séquestres en voie de résorption.

Cliniquement, le début n'est pas toujours marqué par une crise aiguë. Celle-ci existe toutefois, le plus souvent, et a une durée variable de quelques jours à quelques mois. (Dans le cas de Garré, elle a duré trois mois, pendant lesquels le malade n'a pas pu marcher.) Après la période aiguë, ou, primitivement, quand elle manque, la maladie s'installe, avec les caractéristiques suivantes : douleur surtout nocturne, parfois très vive, sujette à avoir des irradiations. Quelquefois, la douleur est moins violente, caractérisée seulement par une sensation de gêne et de fatigue plus précoce. A l'examen, les téguments sont normaux, mais il y a presque constamment une hyperostose, ordinairement peu accentuée, en fuseau, de consistance dure. Il existe de la douleur à la pression. On note souvent une réaction articulaire de voisinage, accompagnée d'hydartrose. L'allongement de l'os malade est la règle. Quelquefois, la maladie évolue tardivement vers l'abcès, qui s'ouvre au dehors. Souvent, il y a une légère hyperthermie le soir.

On admettait que cette lésion était le plus souvent due au staphylocoque, mais, dans certains cas, il s'agissait des tubercules enkystés et même des lésions syphilitiques.

Mais cette étude des abcès des os date d'avant la radiographie. Celle-ci nous a appris, d'autre part, la fréquence relativement grande des lésions tuberculeuses juxta-articulaires, qui ont été bien étudiées dans la thèse de Milovan Yovanovitch (Lyon, 1922), et dont certaines ressemblent aux abcès des os. Il est intéressant de chercher si la radiographie ou la

clinique pouvait donner des éléments sûrs de diagnostic entre ces deux affections.

Ayant eu l'occasion de recueillir, dans le service de M. Nové-Josserand, quatre observations de ces abcès des os, nous allons donc entreprendre ce travail de diagnostic différentiel avec les lésions tuberculeuses juxta-articulaires, et nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.

Observations.

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

P... H., garçon, 13 ans et demi. Entré le 11 mai 1923.

L'affection actuelle a débuté en novembre 1919, par des douleurs très fortes, survenant après la marche, au cou-de-pied gauche, qui s'est tuméfié. L'enfant ne pouvant marcher, a gardé le lit et, au bout d'une quinzaine de jours, les douleurs ont disparu. L'enfant recommence à marcher et il ne fut inquiété par son pied que deux ans après, en décembre 1921 où, de nouveau, il souffrait violemment pendant quelques jours. Enfin, il y a un mois, les douleurs le reprirent le soir, après la marche. La tuméfaction n'a jamais augmenté depuis sa première atteinte. L'enfant ne souffre pas quand il est au repos. Aucune douleur provoquée par la pression des différents points. Les mouvements sont tous conservés, avec légère diminution de la flexion dorsale et plantaire. En suivant la crête tibiale, on sent que la partie inférieure est épaissie et entourée du tissu lardacé ; l'épaississement avait son maximum au niveau de la maléolle interne. Léger déplacement du pied en valgus. Allongement du tibia : 1 %.

La radiographie, faite de face et de profil, montre : Dans la métaphyse tibiale inférieure, en plein centre de l'os, une cavité ovoïde vue de face, plus arrondie vue de profil, mesurant 4 % de hauteur sur 2 % de largeur et siégeant à

2 % au-dessus du cartilage conjugal. La trabéculatation osseuse générale et avoisinant les contours de la cavité n'est absolument pas troublée. Le contour de la cavité est très net, régulièrement arrondi, mais à son niveau il n'y a pas de densification du tissu osseux. Le contenu de la cavité ne présente pas d'image de séquestre. Le contour de la métaphyse n'a pas changé de forme. Il n'y a pas d'hyperostose. Tout au plus note-t-on une légère réaction périostique sur les faces latérales et postérieures de l'os, mais non sur la face antérieure, se caractérisant par une épaisseur du périoste d'un $\frac{m}{m}$ environ.

Intervention (Docteur Rendu) : Ouverture du tibia par sa face antéro-interne au niveau du maximum de la tuméfaction. Le périoste est épaissi. Après ablation de la corticale, on tombe sur une cavité ovoïde des dimensions vues sur la radiographie, tapissée par une poche de tissu gélatino-fongueux, contenant du liquide jaune siripeux, comme celui de l'ostéomyélite albumineuse.

Examen bactériologique du liquide : Les cultures pratiquées avec le pus et la fongosité sont demeurées stériles après trois jours d'étuve.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

B... L., garçon, 13 ans. Entré le 26 avril 1923.

Amené pour une tuméfaction au niveau de la cheville gauche. Parents bien portants ; deux sœurs en bonne santé. L'enfant n'a jamais été malade, à part une grippe, qui précéda l'apparition de l'affection actuelle, au mois d'août dernier. L'enfant eut un peu de fièvre pendant trois jours et, quelques jours après, il commença de souffrir à la cheville gauche. Une tuméfaction se forme peu à peu. Les douleurs ne furent pas très violentes ; elles étaient surtout marquées la nuit, sans être capables cependant de réveiller l'enfant. La gêne fonctionnelle n'a jamais été très considérable.

A l'entrée : Bon état général. Pas de fièvre. Pas d'impotence. L'examen montre au niveau de la partie inférieure de la face interne du tibia gauche une tuméfaction ovoïde de 6 %_m environ de hauteur sur 4 %_m de largeur. La partie inférieure est la plus saillante, mais son relief n'est pas plus marqué que celui de la maléolle interne droite. Par contre, au-dessus de ce relief, la face interne du tibia présente une tuméfaction uniformément dure à la palpation, à peu près lisse, non douloureuse à la pression. La peau n'est pas chaude à ce niveau, ni oedémateuse, ni adhérente. Les mouvements actifs et passifs de la tibia tarsienne sont indemnes. Il y a, dans le pli de l'aîne, de petits ganglions, mais il y en a autant du côté droit. Pas d'atrophie au mollet. Un cm. d'allongement du membre inférieur gauche, au dépens du segment jambien. Pas de stigmates d'hérédos-spécificité.

La radiographie de face et de profil montre : Dans la métaphyse tibiale inférieure et empiétant un peu sur l'épiphyse, une cavité ovoïde de 2 %_m de hauteur sur un peu plus de 1 %_m de largeur, siégeant immédiatement en dedans de l'axe du tibia et sous la corticale de la face antérieure de celui-ci. Cette cavité traverse donc le cartilage de conjugai-

son par son pôle inférieur et empiète un peu sur l'épiphyse. La ligne blanche du cartilage de conjugaison, qui la traverse est interrompue à ce niveau par une petite ombre grise de la même teinte que celle de la cavité arrondie, à forme de pois et qui est peut-être une production osseuse séquestrée. Le contour osseux de la face diaphysaire du cartilage conjugal est à ce niveau légèrement irrégulier et bosselé du côté du cartilage, tandis que le contour de l'épiphyse au même niveau est légèrement échancré. Les parois osseuses de la cavité montrent une densification manifeste du tissu osseux à leur niveau et dans la vue de profil on se rend compte que la corticale osseuse a été fortement érodée, au point que la cavité semble s'ouvrir sous le périoste. Pas de modification de la forme, de la métaphyse, ni de l'épiphyse. Aucune réaction périostique.

Intervention (Docteur Rendu) : Ouverture du foyer osseux au point culminant de la tuméfaction, c'est-à-dire un peu au-dessus et en dedans de la maléole interne. Après avoir traversé une corticale saine, on tombe dans une loge remplie du tissu fongueux et d'un peu de pus. L'évidement de la lésion, qui a la grosseur d'une petite noix, dont le grand diamètre est traversé par la ligne blanche du cartilage de conjugaison. En évitant la cavité, on voit très nettement de la sérosité articulaire avec quelques fongosités synoviales. Fermeture sans drainage.

Réponse du laboratoire : Pas de microbes à l'examen direct. Culture de staphylocoques purs.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

B..., garçon, 10 ans. Entré le 17 mai 1923.

Il y a un an, l'enfant s'est fait une entorse, trois ou quatre mois après, on a remarqué qu'à l'occasion des longues marches, la cheville enflait et lui faisait mal. Il n'a jamais eu de crise aiguë ; la douleur se produisait surtout le soir, durant jusqu'à minuit et assez forte pour le faire pleurer.

En octobre, sur l'avis d'un médecin, il fut immobilisé en plâtre et envoyé à la mer. Depuis ce moment, la douleur a disparu, mais à l'examen, on constate une hyperostose nette mais pas très accentuée de l'extrémité inférieure du tibia droit. Aucune douleur ; pas de modification des téguments ; l'articulation tibio-tarsienne a tous ses mouvements ; elle ne présente aucun gonflement. Le tibia malade est plus long d'un centimètre que celui du côté opposé.

La radiographie : On a pris deux radiographies, à six mois d'intervalle, qui montrent la progression de la lésion. La première radiographie, faite de face et de profil, montre une cavité osseuse ovoïde de 2 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ et quart de hauteur sur 1 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ et quart de largeur, siégeant à 3 $\frac{\text{mm}}{\text{m}}$ au-dessus du cartilage conjugal et occupant la partie externe et antérieure de la métaphyse. Cette cavité présente un prolongement arrondi qui vient se loger dans les lèvres antéro-externes du tibia, immédiatement en contact avec la corticale en avant, et avec le cartilage conjugal en bas. Il n'y a aucune modification dans la forme de la métaphyse et aucune réaction périostique. Le contour de la cavité montre que sa paroi osseuse est le siège d'une densification nette de son tissu. La radiographie prise six mois après montre que la cavité osseuse s'est agrandie manifestement sur son côté antérieur et interne, tandis que le prolongement antérieur et externe n'est plus visible. Sur cette radiographie, les os sont beaucoup plus décalcifiés dans toute leur étendue et la densification du tissu osseux faisant

la paroi de l'abcès est beaucoup moins marquée. Le contenu de la cavité semble homogène et ne présente pas d'image des séquestres. Comme auparavant, la forme de la diaphyse et de l'épiphyse est complètement respectée et il n'y a aucune réaction périostique.

Opération le 24 mai : Le périoste est normal ; drainage de l'os au-dessus du cartilage de conjugaison et on trouve à son centre une cavité contenant du pus en petite quantité et quelques fongosités sans séquestres. Les parois sont formées par un os un peu mou ; la lésion est bien délimitée du côté du cartilage conjugal, mais moins bien du côté du canal médullaire.

L'examen bactériologique du pus a révélé du staphylocoque pur.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

P... A., garçon, 13 ans. Entré le 10 juillet 1923.

L'enfant vient pour une suppuration chronique du pied, datant de trois ans. Antécédents héréditaires : rien à signaler ; quatre sœurs en bonne santé. Il a eu la rougeole dans l'enfance. Bonne santé habituelle.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois ans, par des signes inflammatoires au niveau du cou-de-pied : rougeur, tuméfaction légère, douleur modérée. L'enfant ne peut préciser s'il avait de la température. En tous cas, l'état général n'était pas sérieusement atteint, car l'enfant ne fut pas obligé de s'aliter. Il se plaignait surtout de phénomènes locaux avec un minimum de douleur. Il n'avait pas reçu de coup à ce niveau, ne s'était pas piqué. Un docteur fit, au bout de quinze jours, une incision sur la face antérieure du cou-de-pied au-dessus de l'interligne : il s'écoule du pus et, depuis ce moment, la sup-

purification n'a jamais cessé par cet orifice, constituée par un pus jaunâtre épais, peu abondant, mais suffisant néanmoins pour exiger un pansement tous les jours. Après cette incision, l'enfant a gardé le lit pendant quelque temps, puis a repris ses occupations. La marche était possible, sans grande douleur. L'état général restait bon. Il a fait un séjour de six semaines à l'hôpital de Beaujeu, où il ne fut pas opéré et où l'on se borna, semble-t-il, à une cautérisation. A sa sortie de l'hôpital, la fistule continuait à donner comme antérieurement. Au cours de la première année, deux abcès s'ouvrirent successivement et spontanément, l'un sur la face externe de la partie toute inférieure de la jambe, l'autre sur la face antérieure, au niveau de la crête tibiale, à sa partie toute inférieure. Mais ces ouvertures ne furent pas suivies de fistules et se fermèrent rapidement, de façon définitive. L'orifice de la première incision, au contraire, continua à laisser s'écouler le pus jaunâtre, et actuellement encore, trois ans après l'incision, la suppuration n'est pas tarie et amène l'enfant à l'hôpital.

A l'examen : Bon état général. Localement, on constate au niveau de la partie inférieure du tibia droit, à quelques centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsienne et sur la ligne médiane, la présence d'une fistule à bords rougeâtres, non décollés, laissant s'écouler un pus peu abondant. La pression autour de l'orifice n'est pas douloureuse et n'exagère pas l'écoulement purulent.

On note également, aux points précédemment signalés, les cicatrices par où les abcès se sont évacués. Ces cicatrices sont déprimées et fixées dans la profondeur à l'os sous-jacent. L'articulation tibio-tarsienne est indemne. Tous les mouvements sont conservés. Pas de tuméfaction. La marche est possible sans grande douleur. Boiterie légère.

Radiographie : Les radiographies de face et de profil montrent : Une cavité osseuse ovoïde de 2 $\frac{1}{2}$ cm et demi de hauteur sur 1 $\frac{1}{2}$ cm et demi de largeur, siégeant dans la métaphyse tibiale à 1 $\frac{1}{2}$ cm et demi au-dessus du cartilage de conjugaison et dans la région sous-corticale antéro-externe du tibia. Le pôle inférieur de cette cavité voisinant surtout la

corticale antérieure. Le contenu de cette cavité ne semble pas homogène et l'on note une tache centrale mal délimitée, mais plus foncée, qui fait penser à la présence d'un séquestre. Le contour de cette cavité montre que sa paroi osseuse, dans toute sa portion supérieure interne et postérieure, est densifiée, plus opaque aux rayons X que la partie interne avoisinante de la métaphyse. Quant à sa paroi antéro-externe et inférieure, elle est bien moins délimitée, car elle se confond partiellement comme teinte avec une large zone du tibia très décalcifiée, qui occupe toute la portion antéro-externe, recouvrant la cavité, ainsi que toute la portion de la métaphyse, voire même de l'épiphyse, sous-jacente à la partie antéro-interne de cette cavité. Cependant, la forme générale de toute l'extrémité inférieure du tibia n'est pas modifiée et l'on ne constate pas de réaction périostique.

Intervention : L'incision montre que cette cavité a des parois nettes d'os dur. Elle est occupée par de fongosités au centre desquelles se trouve un séquestre spongieux, donnant l'impression de bacillose plutôt que d'ostéomyélite.

Un fragment de fongosité est envoyé à l'examen histologique. Envoie de fongosité au laboratoire de bactériologie. Réponse : Pas de bacilles de Koch à l'examen direct, mais nombreux staphylocoques, prenant Le Gram et se trouvant à l'état pur.

Inoculation au cobaye, pratiquée le 17 juin 1923.

Sortie : 13 août 1923, plaie cicatrisée, guérie.

Le 22 septembre 1923 : Réponse du laboratoire : *Inoculation positive*, l'animal présentait à l'autopsie des lésions de tuberculose généralisée.

CHAPITRE II

Etude clinique et Diagnostic des Abscesses chroniques de la Métaphyse tibiale inférieure.

Il est curieux de noter, au début de cette étude, que les quatre cas d'abcès des os, que nous avons trouvés dans le service de M. Nové-Josserand, se rapportaient tous à l'extrémité inférieure du tibia ; mais ce fait ne doit pas nous étonner outre mesure, puisque Gollay (dans sa thèse de Paris, 1879), constatait déjà que le tibia était atteint 91/113 cas. Cette première particularité des abcès des os devra donc nous faire songer à cette affection, tout particulièrement lorsque nous aurons affaire à une lésion de la métaphyse tibiale inférieure, puisque, comparativement, la même lésion, de nature tuberculeuse et de même siège, est beaucoup plus rare, d'après la statistique de Yovanovitch, qui ne la relève que deux fois sur trente-quatre observations des lésions tuberculeuses juxta-articulaires.

Le début de l'abcès des os est, le plus souvent, caractérisé par des phénomènes douloureux, plus ou moins violents, de durée variable et parfois d'apparition soudaine (Golay). Dans nos quatre observations, cette douleur du début est signalée, et dans la quatrième, il est spécifié que cette douleur était très forte. Il n'en est pas de même pour les lésions tuberculeuses juxta-articulaires, en particulier pour celles qui ne s'accompagnent pas de retentissement articulaire et qui, par conséquent, voisinent beaucoup plus les cas que nous étudions. Yovanovitch, dans plusieurs de ses observations, note un début douloureux, mais sans précision. Il s'agit plutôt de gêne fonctionnelle douloureuse ou de douleurs mal définies, ou de douleurs insidieuses ; mais, dans aucune de ses observations, il ne note une douleur vraie et dont nous allons maintenant étudier les caractères.

Ce symptôme douleur peut avoir une durée variable de quelques jours à quelques mois (dans le cas de Garré elle a duré trois mois, pendant lesquels le malade n'a pas pu marcher). Cette douleur se manifeste surtout la nuit. Elle est parfois très vive, sujette à avoir des irradiations, bien que, dans certains cas, on note moins de violence et seulement une sensation de gêne et de fatigue très marquée (Golay). Notre malade de l'observation I a présenté cette douleur très violente, dès le début, en crise, survenant après la marche, empêchant l'enfant de marcher, l'immobilisant au lit. Nous avons noté que ces crises douloureuses, qu'il présentait à intervalles irréguliers et qui duraient quelques jours, se manifestaient surtout le

soir, après la marche. Le malade de l'observation II présentait des douleurs moins violentes, mais qui étaient surtout marquées la nuit. Si le malade de l'observation III n'a jamais présenté des crises aiguës, par contre, la douleur se produisait surtout le soir, durait jusqu'à minuit et était assez forte pour le faire pleurer. Quant au malade de l'observation IV, nous n'avons aucun renseignement sur la nature de la douleur, sinon qu'elle était modérée.

Ces caractéristiques de la douleur des abcès des os ne se retrouvent pas dans l'étude des phénomènes douloureux présentés par les malades atteints des lésions tuberculeuses juxta-articulaires, dont Yovanovitch apporte 34 observations. Dans bien des cas, la douleur n'est même pas signalée ; dans d'autres, elle est signalée, mais sans que jamais elle appelle l'attention sur son caractère nocturne ; il est dit qu'elle est influencée par la marche, qu'elle revêt parfois la forme des crises durant plusieurs jours ou plusieurs semaines et survenant à intervalle irrégulier ; enfin, dans bien des cas, il est même signalé que l'affection a débuté et évolué sans aucune douleur ni réaction articulaire, avec cependant la formation d'un abcès parfois volumineux. Et cela est justement un point sur lequel nous voudrions insister, à savoir la fréquence de l'abcès froid, venant sous la peau dans les lésions juxta-articulaires tuberculeuses, tandis que l'abcès des os reste presque toujours sous-cortical et rarement finit par s'ouvrir à la peau. Sur ses trente-quatre observations des lésions tuberculeuses juxta-articulaires, Yovanovitch en trouve dix-huit

présentant des abcès froids plus ou moins volumineux, dont cinq fistulisés. Dans nos quatre observations, un seul présentait une fistule provenant de l'ouverture chirurgicale de l'abcès ayant évolué vers la peau.

Golay dit qu'on note souvent une réaction articulaire de voisinage, accompagnée d'hydartrose. Nous n'avons trouvé cette réaction articulaire que dans un cas (Obs. IV) ; celui-ci présentait la fistule chronique signalée ci-dessus. Par contre, la réaction articulaire des lésions tuberculeuses juxta-articulaires est, au contraire, très fréquente, sinon au début, tout au moins au cours de la maladie, et Yovanovitch le constate dans un grand nombre de cas.

Golay dit que l'allongement de l'os malade est de règle et nous-même l'avons noté dans trois observations sur quatre, la quatrième ne mentionnant pas la mensuration.

Les lésions juxta-articulaires tuberculeuses peuvent aussi s'accompagner d'un allongement de l'os malade, et il n'y a donc pas là un signe différentiel entre les deux maladies. Mais il en est autrement de l'évolution des deux maladies : tandis que l'abcès des os reste longtemps stationnaire et ne retentit que peu ou pas sur l'articulation, la lésion tuberculeuse juxta-articulaire, au contraire, évolue beaucoup plus rapidement, donnant des abcès parfois volumineux, venant se collecter sous la peau et déterminant assez rapidement des complications articulaires, du fait de l'envahissement de l'article ; nous avons vu tout à l'heure combien nombreux étaient les malades, dans

la thèse de Yovanovitch, porteurs de l'abcès froid, nombreux sont ceux aussi qui ont présenté, dès le début ou ultérieurement, des complications articulaires.

L'examen des signes locaux, en dehors de la présence de l'abcès froid et de réaction articulaire, n'est pas de nature à faire trouver un élément de diagnostic entre les deux maladies. Ici comme là, les téguments peuvent être normaux sur un os présentant une hyperostose plus ou moins accentuée, avec parfois même un renflement de l'os lui-même. Il existe une douleur à la pression, qui peut varier beaucoup d'intensité. Cette douleur, trouvée dans bien des cas par Golay, fait défaut dans nos observations, et Yovanovitch la signale dans un certain nombre des siennes, de sorte que là encore les abcès des os et les lésions tuberculeuses sont très voisins.

Voyons donc si la radiographie est capable de nous donner des éléments de diagnostic entre les deux affections. Pour cela, nous comparerons les radiographies de nos quatre observations avec les radiographies d'une dizaine de cas de lésions tuberculeuses juxta-épiphysaires, se rapprochant radiographiquement de nos abcès des os et dont les observations se trouvent dans la thèse de Yovanovitch.

1° Tout d'abord, la ligne de contour de toute l'extrémité inférieure du tibia n'est pas modifiée dans sa forme, dans nos observations ; il en est de même dans les lésions tuberculeuses ; mais on peut voir aussi

une augmentation de volume de l'os, partielle tout au moins, avoisinant la région malade, comme le montrent deux observations de Yovanovitch.

2° La réaction périostique, dans les deux cas, peut manquer complètement, comme aussi se manifester par un double contour du périoste.

3° Les abcès des os présentent des cavités assez régulièrement arrondies ou ovoïdes, variant de la grosseur d'une petite à une grosse olive ; parfois même (Obs. II et III), la cavité présente un petit prolongement arrondi. Les lésions tuberculeuses se présentent plus souvent avec une forme moins régulière, moins nette, quoique parfois on puisse observer des lésions presque identiques à celles de nos observations, comme dans deux cas de Yovanovitch. La lésion tuberculeuse, moins nette en général, forme, d'ici de là une tache d'huile, sans qu'on puisse bien facilement en délimiter le contour précis.

4° Les cavités d'abcès des os présentent une paroi qui peut se continuer sans aucune différence de teinte avec le tissu osseux sain avoisinant, comme dans notre observation I. Mais ces parois des cavités peuvent présenter aussi une densification peu épaisse du tissu osseux, assez marquée dans nos observations II, III et IV. Or, ces particularités s'observent tout aussi bien dans les lésions tuberculeuses.

5° Le tissu osseux environnant la cavité, mais à distance, peut paraître absolument sain (Obs. I), mais

il peut être pathologique par condensation osseuse ou, au contraire, par raréfaction irrégulière circonférentielle ou en îlots (Obs. II et III) ; ou bien encore, on peut voir toute une zone adjacente d'os fortement décalcifiés et peut-être même infiltrés (Obs. IV). Dans les lésions tuberculeuses, nous trouvons les mêmes signes radiographiques, sans qu'il y ait encore là aucun élément de diagnostic entre les deux maladies.

6° La lésion peut être éloignée du cartilage de conjugaison (Obs. I et IV), ou bien empiéter sur l'épiphyse (Obs. II), ou bien atteindre seulement le cartilage de conjugaison, sans le dépasser (Obs. III). Ici encore, nous retrouvons les mêmes signes radiographiques dans les lésions tuberculeuses.

On voit donc qu'il n'y a pas, à proprement parler, des signes radiographiques capables de faire distinguer l'abcès des os de la lésion tuberculeuse métabysaire.

Il y a donc des cas où la clinique est impuissante à distinguer l'abcès des os dû au staphylocoque de la lésion tuberculeuse ; et c'est ainsi que, pour nos observations II et III, on est intervenu sans savoir la nature de la lésion et il a fallu un contrôle du laboratoire pour faire le diagnostic de la cause qui était le staphylocoque.

Est-il même toujours possible, au cours de l'intervention, de savoir si la lésion est due au bacille de Koch ou au staphylocoque ? Nous ne le croyons pas. Il est évident que, dans la grande majorité des cas,

les lésions tuberculeuses osseuses s'accompagnant d'abcès froids sous-cutanés ou du tissu osseux infiltré des fongosités, se reconnaîtront facilement ; mais il est des cas plus discrets, tels ceux de nos observations II et III, où aucun élément anatomo-pathologique macroscopique n'est capable de faire faire le diagnostic causal et il faudra donc s'adresser au laboratoire, pour savoir la nature de la lésion.

Le laboratoire lui-même peut-il trancher de façon définitive la question ? Nous croyons que oui, dans bien des cas ; mais notre observation IV nous fait faire quelques réserves. En effet, l'examen des fongosités a montré l'absence de bacille de Koch et la présence de nombreux staphylocoques, à l'état pur, mais l'inoculation des mêmes fongosités au cobaye a été suivie de mort de l'animal, dont l'autopsie a montré des lésions de tuberculose généralisée.

De plus dans notre observation I le laboratoire a répondu que le pus était resté stérile ce qui laisse donc encore le diagnostic causal incertain.

On voit donc qu'il y a des cas limites, où le diagnostic différentiel n'est pas possible par n'importe quel moyen, et ces cas font songer aux associations microbiennes ou aux diathèses superposées, telles que la tuberculose et la syphilis, donnant des lésions mixtes impossibles à identifier.

Qu'importe, du reste, si le diagnostic étiologique demeure hésitant, puisque la conduite à tenir, dans les deux cas, est la même, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale. La question pouvait être discutée, il y a

quelques années, mais la thèse de Yovanovitch montre bien qu'actuellement il y a avantage à opérer les lésions tuberculeuses juxta-articulaires dès qu'elles sont reconnues, pourvu que leur siège soit facile à aborder et que leur tendance évolutive soit minime. Ce sont justement les caractères habituellement présentés par les abcès des os et l'on voit donc que, même en cas d'erreur de diagnostic causal, on aura toujours bien fait de prendre le bistouri.

CHAPITRE III

Traitement.

Le traitement des abcès des os est l'évidement chirurgical. On pourrait discuter pour savoir si, au moyen des vaccins actuels, il serait possible de créer dans l'organisme une réaction telle que les collections arrivent petit à petit à se résorber et à disparaître. La chose n'est peut-être pas impossible et la résorption d'une collection purulente est quelque chose de parfaitement bien connu, mais pourquoi tenter un traitement aléatoire, alors qu'on peut sûrement, au prix d'une simple cicatrice d'incision cutanée, guérir complètement et rapidement les malades par une petite opération chirurgicale.

Cette opération peut être faite de deux façons. Walker Brikner, de New-York, préconise simplement de perforer la cavité, vue à la radiographie, avec une petite mèche de vilbrequin, de laisser s'écouler le pus et la cicatrice cutanée est ainsi invisible. En France, au contraire, on préfère inciser plus largement la

peau, ouvrir largement la cavité, la curetter et réunir la peau avec un tout petit drain, car on a ainsi la sécurité d'une guérison, peut-être plus aléatoire, par le procédé américain.

Nous ne voyons pas, en effet, qu'il y ait un grand avantage à avoir une cicatrice cutanée d'un centimètre au lieu de six, tandis que la simple trépanation de l'abcès osseux présente indubitablement l'inconvénient de ne pas enlever tout le mal et d'exposer ainsi à la récurrence.

Aussi, croyons nous qu'il vaut mieux intervenir par les méthodes courantes. Celles-ci consistent à faire une incision dans l'axe de l'os passant par le point culminant, à récliner le périoste latéralement et à trépaner l'os à la gouge et au maillet. On arrive ainsi dans la cavité osseuse, que l'on curette jusqu'à ce que l'on trouve le tissu osseux sain. On aplanit alors la cavité osseuse en grugeant les bords, de façon à permettre aux tissus mous de se rapprocher facilement au-dessus de la cavité ; on referme complètement celle-ci, en laissant à demeure, logeant dans la cavité, un tout petit drain, que l'on enlèvera quatre ou cinq jours après, et qui n'empêche pas la réunion par première intention, que nous avons obtenue chez nos trois malades non fistulisés, comme celui de l'Observation IV, qui a guéri assez rapidement, en moins d'un mois, alors que sa fistule datait de près de trois ans.

Conclusions.

I. — Nous apportons quatre observations d'abcès chroniques des os. Dans deux cas, la culture a donné du staphylocoque pur. Dans un cas, l'examen direct a montré du staphylocoque pur, mais l'inoculation au cobaye a produit de la tuberculose généralisée. Dans un cas, les cultures sont restées stériles, mais l'inoculation n'a pas été faite.

II. — Nous avons comparé nos observations aux faits de tuberculose juxta-articulaire rapportés dans la thèse de M. Yovanovitch.

Il résulte de ce travail :

a) Que l'intensité de la douleur spontanée est un signe en faveur de l'origine staphylococcique ; cependant, dans l'Observation I, où le pus a été stérile, il y a eu deux crises douloureuses assez vives et la culture du pus est restée négative.

b) Que les lésions staphylococciques évoluent moins facilement vers la suppuration et retentissent moins sur l'articulation que les lésions tuberculeuses.

c) Qu'il n'existe aucun signe radiographique certain permettant de déterminer la nature de la lésion. La réaction périostique, qui est, en principe, plus grande et plus fréquente dans les lésions staphylococciques est cependant inconstante et elle peut s'observer aussi dans les lésions tuberculeuses.

III. — Le traitement doit consister dans l'évidement large de la lésion avec aplatissement de la cavité. La trépanation étroite, suivie de drainage, prônée récemment en Amérique, n'a aucun avantage sérieux et elle ne paraît pas devoir assurer une guérison aussi complète.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NOVÉ-JOSSERAND

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 15 Mars 1924
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- ARNAUD. — Ostéomyélite à staphylocoque. *Congrès pour l'avancement des Sciences*, 1891.
- ABOULKER. — De l'ostéite épiphysaire du tibia pendant la croissance. *Thèse de Lyon*, 1899-1900.
- BERGER P. — Ostéomyélite chronique d'emblée. *Société de Chirurgie*, 14 juin 1895.
- BÉGOUIN. — *Précis de Pathologie chirurgicale*.
- BOUILLY. — Ostéomyélite chronique d'emblée. *Gazette des hôpitaux*, 27 janvier 1887.
- LE DENTU. — *Clinique chirurgicale*.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
- FESTALE. — Ostéomyélite et Arthrite suppurée. *Journal de Médecine*, 22 mai 1892.
- GANGOLPHE. — *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894.
- GOLAY. — *Thèse de Paris*, 1879.
- YOVANOVITCH. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- LANNELONGUE. — *De l'Ostéomyélite aiguë*.
- POTHERET. — Ostéomyélite et Tuberculose. *Société anatomique*. 1888.
- TRÉLAT. — *Clinique chirurgicale*.
- TILLAUX. — *Traité de Chirurgie clinique*, 1891.
- WALTHER. — Des manifestatios tardives de l'infection par les staphylocoques. *Société Anatomique*, 1882.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	7
Chapitre premier. — Absès chronique des Os...	9
Observations	13
Chapitre II. — Etude clinique et Diagnostic des Absès chroniques de la Métaphyse tibiale inférieure	21
Chapitre III. — Traitement.....	31
Conclusions.....	33
Bibliographie.....	35
